

# SOLICITUD DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA DE EMERGENCIA

<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

Período de beneficios por desastre: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

## INFORMACION IMPORTANTE – LEASE CUIDADOSAMENTE

### SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO:

- a que se le atienda sin considerar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si piensa que se le ha discriminado.
- a recibir estampillas para comida de emergencia dentro del plazo de un día, si reúne los requisitos.
- a hablar con el departamento de bienestar del condado sobre cualquier acción relacionada con su caso y a pedir una audiencia con el estado dentro del plazo de 90 días.
- a que un supervisor(a) haga una revisión inmediata de su caso si se niega su solicitud.
- a presentar una queja o pedir una audiencia con el estado escribiéndole al departamento de bienestar del condado en su localidad o llamando al número gratuito: 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es el 1-800-952-8349.
- a representarse a sí mismo en una audiencia con el estado o a que le represente un miembro del hogar, un amigo, un abogado, o cualquier otra persona.

- Puede autorizar a otra persona a que recoja sus estampillas para comida por usted o para que las use para comprarle la comida. Si desea autorizar a alguien, complete abajo:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION	
CIUDAD	

### ¡¡AVISO SOBRE SANCIONES!!

SI SU HOGAR RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS INDICADAS ABAJO. EL NO REPORTAR INFORMACION O EL FALSEAR LOS HECHOS PUEDE RESULTAR EN EL ENJUICIAMIENTO LEGAL CON SANCIONES DE MULTA, ENCARCELAMIENTO O AMBAS COSAS. LAS SANCIONES PUEDEN CAUSAR DESCALIFICACION DEL PROGRAMA, MULTAS DE UN MAXIMO DE \$250,000 DOLARES O ENCARCELAMIENTO POR HASTA 20 AÑOS. LAS SANCIONES DE DESCALIFICACION SON DE 6 MESES POR LA PRIMERA VIOLACION, 12 MESES POR LA SEGUNDA VIOLACION Y DESCALIFICACION PERMANENTE POR LA TERCERA VIOLACION.

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener estampillas para comida.
- No cambie ni venda estampillas para comida, las tarjetas de Autorización para Participar (ATP), ni cualquier otra autorización para beneficios.
- No altere las tarjetas de ATP ni otra autorización para beneficios con el fin de obtener estampillas para comida que no tenga derecho a recibir.
- No use las estampillas para comida para comprar artículos que no estén autorizados, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use las estampillas para comida, las tarjetas de ATP, ni cualquier otra autorización para beneficios que pertenezca a otra persona para su propio hogar.

### SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO:

- contestar las preguntas, lo mejor que pueda, de manera completa y verídica. Si usted se rehusa a proporcionar cualquiera de la información necesaria, no recibirá estampillas para comida. .
- durante su entrevista, presentar pruebas de la identidad del jefe de la familia, de la identidad de la persona que llene la solicitud, y si es posible, pruebas del domicilio del hogar cuando ocurrió el desastre.
- cooperar con el personal del condado, del estado y del gobierno federal, si se le selecciona para que se haga una revisión de su caso después del período de desastre.

**INSTRUCCIONES:** Por favor, complete las preguntas de este formulario en relación a las circunstancias que se esperan durante el período de beneficios por desastre indicado arriba. Usted, otro miembro de su hogar, u otro adulto que lo conozca puede completar este formulario. Si lo hace un adulto que no sea miembro de su hogar, adjunte una aprobación, por escrito, firmada por el jefe de la familia u otro miembro adulto del hogar.

NOMBRE (JEFE DE LA FAMILIA)	
DIRECCION PERMANENTE CUANDO OCURRIO EL DESASTRE	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION TEMPORAL	NUMERO DE TELEFONO

### PARTE A – SITUACION DE SU HOGAR. (Tiene que marcar "SI" o "NO" para cada pregunta.)

- ¿Ha pagado o espera pagar, durante el período de beneficios por desastre cualquiera de los siguientes gastos relacionados con el desastre: reparaciones o reemplazo de casa, negocio o propiedades que posee y tiene alquiladas; vivienda temporal; mudanza de una casa que tuvo que ser evacuada; protección de su casa, negocio o propiedades que posee y tiene alquiladas; gastos médicos, de entierro o funeral que resultaron de lesiones relacionadas con el desastre?  SI  NO
- ¿Le es imposible obtener los ingresos o recursos en efectivo de su hogar?  SI  NO
- ¿Han disminuido, se han retrasado o han parado sus ingresos o recursos en efectivo debido al desastre?  SI  NO
- ¿Va usted a comprar alimentos y preparar comidas durante el período de beneficios por desastre?  SI  NO

### SOLO PARA USO DEL CONDADO

Disaster Application

Disaster Recertification

Can the head of household's identity be verified?

YES  NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

YES  NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

YES  NO

Type of verification:

**PARTE B – MIEMBROS DEL HOGAR**

5. Dé los nombres de todas las personas que estén solicitando estampillas para comida de emergencia. Incluya solamente a las personas que **estaban viviendo con usted cuando ocurrió el desastre.**

NOMBRE (JEFE DE LA FAMILIA) (HH)		NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
A.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
B.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
C.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
D.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
E.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
F.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL HH	NO. DEL SEGURO SOCIAL *	FECHA DE NACIMIENTO
G.			

\*El proporcionar su número del Seguro Social (SSN) es voluntario. Solamente se usará con fines de identificación.

6. ¿Está alguna de las personas mencionadas arriba actualmente descalificada del Programa de Estampillas para Comida por una violación (fraude) del programa o por no satisfacer un requisito de trabajo?  SI  NO Si es así, ¿quiénes?

**PARTE C – INGRESOS/RECURSOS/GASTOS**

7. a. ¿Cuál es la cantidad total neta que le pagan y lleva a su casa y/u otros ingresos que todas las personas mencionadas arriba han recibido o recibirán durante el período de beneficios por desastre? \$ \_\_\_\_\_  
 b. Enumere todas sus fuentes de ingresos:

8. Enumere todos los recursos en efectivo que las personas mencionadas arriba podrán obtener durante el período de beneficios por desastre. No incluya el dinero que haya anotado en el número 7.

Dinero en efectivo	Cuentas de ahorros	Cuentas de cheques	Otros recursos
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

9. Anote la cantidad de gastos por pérdidas o daños, relacionados con el desastre, que ha pagado o espera pagar durante el período de desastre. No anote las cantidades que pagarán personas que no estén anotadas arriba o que se le reembolsarán durante el período de desastre.

- a. Reparación o reemplazo del hogar, negocio o propiedades que posee y tiene alquiladas. \$ \_\_\_\_\_
- b. Gastos por vivienda temporal. \$ \_\_\_\_\_
- c. Gastos de mudanza de una casa que tuvo que ser evacuada. \$ \_\_\_\_\_
- d. Gastos de protección de su hogar, negocio o propiedades que posee y tiene alquiladas. \$ \_\_\_\_\_
- e. Gastos médicos o de funerales que resultaron de lesiones relacionadas con el desastre. \$ \_\_\_\_\_

10. a. ¿Está alguna de las personas mencionadas arriba actualmente recibiendo estampillas para comida?  SI  NO Si es así, ¿quiénes? \_\_\_\_\_ Asignación mensual \$ \_\_\_\_\_  
 b. ¿Solicitaron o recibieron estampillas de reemplazo para este mes?  SI  NO

**SU CERTIFICACION**

Certifico que entiendo las preguntas de la solicitud y que mi hogar necesita asistencia en la forma de alimentos de emergencia. He leído el aviso anterior sobre sanciones (o me lo han leído). Autorizo a que se divulgue cualquier información necesaria para determinar si es verdad que reúno los requisitos. Si se me selecciona, cooperaré plenamente con el personal del condado, estado y gobierno federal en la revisión que se llevará a cabo después del periodo de beneficios por desastre. También entiendo que se puede requerir que devuelva lo que se me pague en exceso a causa de que yo, otro miembro adulto de mi hogar, o el representante autorizado reporte información incorrecta o incompleta.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en mi solicitud es verdadera, correcta y completa.

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

FECHA

TESTIGO, SI USTED FIRMO CON UNA "X"

FECHA

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Number of Persons in household from (5) \_\_\_\_\_

Number of IPV/ET disqualified from (6) - \_\_\_\_\_

Household size = \_\_\_\_\_

**Computation**

A. Anticipated Income (from (7)) \$ \_\_\_\_\_

B. Accessible Cash Resources (from (8)) + \$ \_\_\_\_\_

C. Total disaster period income = (A+B) \$ \_\_\_\_\_

D. Total allowable disaster-related expenses (from (9)) - \$ \_\_\_\_\_

E. Accessible disaster period income = (C-D) \$ \_\_\_\_\_

F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ \_\_\_\_\_

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO

**Allotment**

1. Disaster Allotment (from Table) \$ \_\_\_\_\_

2. Regular Allotment Already Received - \$ \_\_\_\_\_

3. Net Disaster Allotment (1-2) = \$ \_\_\_\_\_

Issuance document ID Number # \_\_\_\_\_

Client ID issued  YES  NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE